

福祉医療費受給券(交付)再交付申請書

令和6年 12月 2日

(宛先)

大津市長

次のとおり福祉医療費受給券の交付・再交付を申請します。なお、交付・再交付に当たり、受給申請時及び受給期間中に助成対象者、配偶者及び扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況、助成対象者の障害等級等受給資格に係る項目について調査・確認することに同意します。

また、加入医療保険から高額療養費又は附加給付金を支給されたときは、先に大津市が医療機関等に支払った高額療養費又は附加給付金に相当する額を大津市の指定する方法により返還します。



申請者 住所 大津市御陵町3番1号 Aハイツ201号
氏名 大津 次郎
電話番号 077-528-2653

Main application form with sections for recipient info, address, health insurance, and application date. Includes handwritten notes and red boxes for corrections.

※配偶者と扶養義務者欄は、助成対象者と同一世帯に属しない場合のみ御記入ください。

配偶者・扶養義務者氏名, 生年月日, 住所 fields

注意事項

1 助成対象者本人、配偶者、扶養義務者の所得が大津市で確認できない場合は、その方の住民税課税(非課税)証明書(個人番号が記載された書類)を提出してください。
別世帯の配偶者、または別世帯の直系親族・兄弟姉妹で、本人を税扶養に取っている者がいれば記入してください。

Bottom section with notes on tax certificates and validity period fields.